



**АКТ ОБСЛЕДОВАНИЯ
 объекта социальной инфраструктуры
 К ПАСПОРТУ ДОСТУПНОСТИ ОСИ**

№ _____

_____ г. Сибай _____

« 31 » 08 2016 г.

1. Общие сведения об объекте

- 1.1. Наименование (вид) объекта Поликлиника городская
 1.2. Адрес объекта Республика Башкортостан, город Сибай, ул. Чайковского, 24
 Сведения о размещении объекта:
 - отдельно стоящее здание 4 этажа, 4028 кв. м
 - наличие прилегающего земельного участка (да, нет) 2794.
 1.4. Год постройки здания 1988 последнего капитального ремонта 2015 г
 1.5. Дата предстоящих плановых ремонтных работ: ---
 1.6. Название организации (учреждения), (полное юридическое наименование – согласно Уставу, краткое наименование) Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Центральная городская больница г. Сибай
 1.7. Юридический адрес организации (учреждения) 453103, Республика Башкортостан, город Сибай Белова, 19

2. Характеристика деятельности организации на объекте

Дополнительная информация медицинские услуги

3. Состояние доступности объекта

- 3.1. Путь следования к объекту пассажирским транспортом**
 (описать маршрут движения с использованием пассажирского транспорта)
Маршрутное такси, автобус
 наличие адаптированного пассажирского транспорта к объекту нет
- 3.2. Путь к объекту от ближайшей остановки пассажирского транспорта:**
- 3.2.1. Расстояние до объекта от остановки транспорта 300 м
 3.2.2. Время движения (пешком) 5-10 мин
 3.2.3. Наличие выделенного от проезжей части пешеходного пути (да,),
 3.2.4. Перекрестки: регулируемые;
 3.2.5. Информация на пути следования к объекту: да
 3.2.6. Перепады высоты на пути: нет
- 3.3. Организация доступности объекта для инвалидов – форма обслуживания**

№№ п/п	Категория инвалидов (вид нарушения)	Вариант организации доступности объекта (формы обслуживания) *

1.	Все категории инвалидов и МГН	А
	<i>в том числе инвалиды:</i>	
2	передвигающиеся на креслах-колясках	А
3	с нарушениями опорно-двигательного аппарата	А
4	с нарушениями зрения	А
5	с нарушениями слуха	А
6	с нарушениями умственного развития	А

* - указывается один из вариантов: «А», «Б», «ДУ», «ВНД»

3.4 Состояние доступности основных структурно-функциональных зон

№ № п/ п	Основные структурно-функциональные зоны	Состояние доступности, в том числе для основных категорий инвалидов**	Приложение	
			№ на плане	№ фото
1	Территория, прилегающая к зданию (участок)	ДП-В		
2	Вход (входы) в здание	ДП-В		
3	Путь (пути) движения внутри здания (в т.ч. пути эвакуации)	ДП-В		
4	Зона целевого назначения здания (целевого посещения объекта)	ДП-В		
5	Санитарно-гигиенические помещения	ДП-В		
6	Система информации и связи (на всех зонах)	ДЧ-В		
7	Пути движения к объекту (от остановки транспорта)	ДП-В		

** Указывается: ДП-В - доступно полностью всем; ДП-И (К, О, С, Г, У) – доступно полностью избирательно (указать категории инвалидов); ДЧ-В - доступно частично всем; ДЧ-И (К, О, С, Г, У) – доступно частично избирательно (указать категории инвалидов); ДУ - доступно условно, ВНД - недоступно

3.5. ИТОГОВОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ о состоянии доступности ОСИ: доступно полностью _____

4. Управленческое решение (проект) -

4.1. Рекомендации по адаптации основных структурных элементов объекта:

№ № п \п	Основные структурно-функциональные зоны объекта	Рекомендации по адаптации объекта (вид работы) *
1	Территория, прилегающая к зданию (участок)	Не нуждается
2	Вход (входы) в здание	Не нуждается
3	Путь (пути) движения внутри здания (в т.ч. пути эвакуации)	Не нуждается

4	Зона целевого назначения здания (целевого посещения объекта)	Не нуждается
5	Санитарно-гигиенические помещения	Не нуждается
6	Система информации на объекте (на всех зонах)	Не нуждается
7	Пути движения к объекту (от остановки транспорта)	Не нуждается
8.	Все зоны и участки	

* - указывается один из вариантов (видов работ): не нуждается; ремонт (текущий, капитальный); индивидуальное решение с ТСР; технические решения невозможны – организация альтернативной формы обслуживания

4.2. Период проведения работ _____
в рамках исполнения _____
(указывается наименование документа: программы, плана)

4.3 Ожидаемый результат (по состоянию доступности) после выполнения работ по адаптации _____
доступно всем инвалидам
Оценка результата исполнения программы, плана (по состоянию доступности)

4.4. Для принятия решения требуется, не требуется *(нужное подчеркнуть):*

4.4.1. Согласование на Комиссии _____
(наименование Комиссии по координации деятельности в сфере обеспечения доступной среды жизнедеятельности для инвалидов и других МГН)

4.4.2. Согласование работ с надзорными органами *(в сфере проектирования и строительства, архитектуры, охраны памятников, другое - указать)*

4.4.3. Техническая экспертиза; разработка проектно-сметной документации; нет

4.4.4. Согласование с вышестоящей организацией (собственником объекта); нет

4.4.5. Согласование с общественными организациями инвалидов да

4.4.6. Другое _____ нет

Имеется заключение уполномоченной организации о состоянии доступности объекта *(наименование документа и выдавшей его организации, дата)*, прилагается
_____ нет

4.7. Информация может быть размещена (обновлена) на Карте доступности

_____ *(наименование сайта, портала)*

5. Особые отметки

ПРИЛОЖЕНИЯ:

Результаты обследования:

- 1. Территории, прилегающей к объекту на 2 л.
- 2. Входа (входов) в здание на 2 л.
- 3. Путей движения в здании на 2 л.
- 4. Зоны целевого назначения объекта на 2 л.
- 5. Санитарно-гигиенических помещений на 2 л.
- 6. Системы информации (и связи) на объекте на 2 л.
- Результаты фото фиксации на объекте _____ на _____ л.
- Позэтажные планы, паспорт БТИ _____ на _____ л.
- Другое (в том числе дополнительная информация о путях движения к объекту)

Руководитель
рабочей группы Зам. гл. Врача по АПС-Сафина Г.И. _____
(Должность, Ф.И.О.) (Подпись)

Члены рабочей группы:
Специалист по ОТ-Муратова Р.Ж. _____
(Должность, Ф.И.О.) (Подпись)
Начальник АХС- Абзалов Р.Г. _____
(Должность, Ф.И.О.) (Подпись)

В том числе:

представители общественных
организаций инвалидов

Зам. председателя ГО БРО, Доч. центр инвалидов _____
(Должность, Ф.И.О.) (Подпись)
Зам. председателя спец. комитета _____
(Должность, Ф.И.О.) (Подпись)

представители организации,
расположенной на объекте

Специалист по ОТ Муратова Р.Ж. _____
(Должность, Ф.И.О.) (Подпись)
Председатель профсоюза Шарипов Б.И. _____
(Должность, Ф.И.О.) (Подпись)